

HETS-FR

Enquête qualitative « Seniors & COVID19 » dans le Canton de Vaud

Rapport final

Auteurs : Prof. Maël Dif-Pradalier et François Geiser

HES-SO - Haute école de travail social Fribourg

Route des arsenaux, 16 a

CH – 1700 Fribourg

T : +41 (0)26 429 62 00

hets-fr@hefr.ch

www.hets-fr.ch

Janvier 2021

Table des matières

1.	Introduction	2
1.1	Rappel du mandat.....	2
1.2	Conception du rapport	2
1.3	Notions-clés	2
1.3.1	Bien vieillir	2
1.3.2	Vie bonne.....	3
1.3.3	<i>Caring communities</i> ou communautés de soutien	4
2	Démarche d'enquête et profil des répondant-e-s.....	5
2.1	Description du processus de recrutement des participant-e-s et d'élaboration de la grille d'entretien.	5
2.2	Considération sur les modalités de réalisation des entretiens dans le contexte pandémique.	5
2.3	Description du profil des trente répondant-e-s et tableau synthétique	7
3	Présentation des résultats	8
3.1	Les représentations de la vie bonne et du bien-vieillir	8
3.1.1	Avoir la santé, un élément décisif.....	9
3.1.2	Vie sociale et affective	13
3.1.3	L'importance de rester actif-ve	15
3.1.4	Des capacités financières déterminantes pour réaliser ses projets	16
3.2	Éléments pour l'opérationnalisation du concept de <i>caring communities</i> :	18
4	Conclusions et propositions de recommandations	21
5	Références	26

1. Introduction

1.1 Rappel du mandat

En complément du rapport général présentant les résultats globaux de l'enquête par questionnaire portant sur le vécu des personnes de 65 ans et plus pendant la crise sanitaire, lancée en ligne le 17 avril 2020 dans les six cantons de la Suisse romande et disponible sur le site de la HETS-Fribourg¹, le Canton de Vaud a mandaté l'équipe de recherche pour un double approfondissement de ces résultats. D'une part, il s'est agi d'analyser spécifiquement et en détails les données quantitatives récoltées auprès des répondant-e-s du Canton de Vaud entre le 17 avril et le 3 juin 2020 (volet 1). D'autre part, il s'est agi de compléter cette analyse quantitative et statistique par un volet qualitatif prévoyant la réalisation d'une trentaine d'entretiens compréhensifs semi-directifs auprès de répondant-e-s du questionnaire ayant donné leur accord pour être recontacté-e-s ultérieurement (volet 2). Le présent rapport restitue les résultats de ce second volet du mandat qui vise à apporter des éléments de compréhension relatifs à l'opérationnalisation possible des notions de « bien-vieillir », de « vie bonne » et de « caring communities » qui sont au cœur des réflexions en lien avec la révision de la politique vieillesse du canton du Vaud. Un rapport distinct présentera quant à lui les résultats et analyses statistiques du premier volet.

1.2 Conception du rapport

Le présent rapport est structuré afin de présenter les résultats des entretiens réalisés dans une logique d'opérationnalisation des notions-clés de « bien-vieillir », de « vie bonne » et de « caring communities » qui seront initialement rapidement présentées au point 1.3.

Différentes dimensions de la grille d'entretien (annexe 1) seront combinées pour mettre en évidence les réponses des participant-e-s qui font écho à ces notions clés. Des considérations relatives au vécu de la pandémie liée au COVID-19 seront également présentées, notamment sous l'angle de la crise comme facteur de déstabilisation/fragilisation des liens sociaux ou au contraire comme renforcement de ceux-ci.

Un rapide descriptif de la démarche d'enquête (sa méthode et ses objectifs) et du profil des répondant-e-s (point 2) précèdera la présentation des résultats (point 3) qui sera suivie par quelques conclusions et propositions de recommandations en lien avec le développement d'une politique et de services plus adaptés aux caractéristiques de la population des 65 ans et plus (point 4).

1.3 Notions-clés

1.3.1 Bien vieillir

Comme le soulignent Gangbè et Ducharme (2006), le bien vieillir est une notion multidimensionnelle et culturellement différenciée qui peut-être diversement modélisée. Certains modèles du bien vieillir sont axés sur une seule perspective et discipline scientifique, alors que d'autres appréhendent le vieillissement à partir de perspectives disciplinaires croisées (Gangbè & Ducharme, 2006).

¹ A l'adresse : https://www.hets-fr.ch/files/ecole/no_menu/cov65ans/65ansplus_Rapport_final-complet_HETS-FR.pdf

Il s'agit d'une notion étroitement liée à l'image sociale de la personne âgée, à la place qui lui est réservée dans une société donnée. Dans les sociétés occidentales, elle se trouve rattachée à des valeurs telles que l'individualisme et l'indépendance qui valorisent le fait d'être autosuffisant tout au long du parcours de vie, y compris dans la vieillesse. Elle s'assimile ainsi au maintien de l'autonomie fonctionnelle et cognitive dans une tendance à penser le bien vieillir de manière unidimensionnelle au prisme de la santé. Dans cette perspective, le vieillissement réussi se distingue des formes de vieillissement usuelles ou pathologiques sur la base de critères de santé objectifs (Gangbè & Ducharme, 2006; Rowe & Kahn, 1987).

À cette forme de modélisation unidimensionnelle s'oppose une perspective plus holistique du vieillissement, dont l'OMS s'est faite la porte-parole notamment à travers son cadre d'orientation politique de promotion du vieillissement actif et en santé proposé à l'occasion de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement qui s'est tenue à Madrid en 2002 (OMS, 2002). Dans ce rapport, qui vise à fournir des pistes de réflexion pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, le bien-vieillir fait certes en priorité référence au maintien des capacités physiques et cognitives des personnes âgées par des dispositifs et comportements de santé adéquats, mais inclut par ailleurs des dimensions telles que la sécurité financière à la retraite, l'absence de maltraitance, la qualité du logement, la participation sociale et la formation (OMS, 2002).

1.3.2 Vie bonne

La perspective holistique susmentionnée sur le vieillissement proposée par l'OMS, met l'accent sur l'importance du contexte dans la réalisation du bien vieillir. Elle fonde l'idée plus générale selon laquelle la réalisation d'une *vie bonne* à la vieillesse passe par la réunion d'un certain nombre de conditions cadre ou éléments fondamentaux. La réflexion sur ce qu'est/doit être une *vie bonne*, déjà présente chez les philosophes présocratiques de la Grèce antique et inscrite dans une longue tradition philosophique, a donné lieu à des définitions diverses de ces conditions.

Martha Nussbaum, philosophe contemporaine qui a élaboré l'approche des *capabilités* avec le philosophe et économiste Amartya Sen, propose une dizaine de conditions et capacités fondamentales à une bonne vie, qu'elle nomme *capabilités*. (Nussbaum, 2012). Ces facultés ou capacités sont à la fois universelles et si fondamentales qu'en l'absence de l'une d'entre elles, elle considère qu'une vie n'est pas une *vie bonne*. Parmi ces capacités de base qui répondent pour Nussbaum au minimum exigé par la dignité humaine, figurent par exemple le fait d'être en bonne santé et d'avoir un logement décent, la liberté d'être informé ou encore de s'exprimer librement, ainsi que le fait d'être traité avec dignité. Celles-ci apparaissent comme des droits fondamentaux qui renvoient aux principes des droits humains d'indépendance, de participation, de dignité d'assistance et d'épanouissement de soi, défendus par les Nations Unies.

Si la question se pose dès lors de savoir quelles actions sont nécessaires au maintien, renforcement voire développement de ces conditions en ce qui concerne les personnes âgées, il semble que la définition d'une vie bonne ne doit pas être définie a priori *pour* ces personnes mais plutôt *par* celles-ci. Parmi les ingrédients nécessaires à une vie bonne, Nussbaum range en effet également la capacité à former une conception du bien et le fait de participer à une réflexion critique sur l'organisation de sa vie (Nussbaum, 2012). Des capacités qui illustrent le lien entre vie bonne et autodétermination et soulignent l'importance de l'inclusion participative des personnes dans la définition de leur bien-être et qualité de vie (OMS, 2002).

1.3.3 *Caring communities* ou communautés de soutien

Comme le souligne Klie (2016), le concept de *caring communities* (parfois traduit par *communautés de soutien*) peut être appliqué à diverses sphères d'activités avec en essence, les idées de durabilité et d'intégration ainsi que de sollicitude pour autrui (Klie, 2016). On trouve ce concept dans le cadre de programmes de soins coordonnés en référence à la reconstruction de contextes sociaux de soutien autour des personnes qui nécessitent des soins. Dans ce cas, le concept rejoint celui de *compassionate communities* développé dans le domaine des soins palliatifs (Kellehear, 2013).

La réalisation de *caring communities* pose la question centrale du rôle de l'État dans cette tâche et pousse à s'interroger tant sur le principe de subsidiarité que sur celui de responsabilité publique. Et ce, d'autant plus peut-être dans le contexte de sociétés dites post-modernes où le soin s'est professionnalisé et les formes traditionnelles de communautés se sont affaiblies, et où une pluralité d'acteurs et d'institutions doivent se coordonner pour que la société civile et le secteur informel puissent apporter leur contribution en matière de soutien (Klie, 2016). À ce titre, dans un système fédéraliste, l'équilibre des tâches et les contributions respectives de chaque niveau sont fondamentaux.

Par ailleurs, comme le fait remarquer Haeusermann (2016) en ce qui concerne la création de communautés de soutien aux personnes âgées démentes ou d'habitations intergénérationnelles, ce projet peut échouer en raison du caractère artificiel des communautés de soutien ainsi créées. La difficulté résiderait dans le fait que, ne s'étant pas développées de façon 'organique', ces communautés manqueraient du liant principal conférant aux communautés de soutien naturelles leur efficacité : une culture commune qui favorise l'engagement de ses membres. Cette difficulté pourrait expliquer la faible longévité des communautés artificielles (Haeusermann, 2016).

Comme piste de solution, on peut considérer une expérimentation récente de création de communautés de soutien actives dans deux quartiers défavorisés de Bruxelles (Smetcoren et al., 2018), qui a montré que bien que les personnes âgées vivant en milieu urbain fassent souvent l'expérience d'un appauvrissement des réseaux de soutien familial, un petit nombre de voisins significatifs pour ces personnes peuvent jouer un rôle essentiel en tant que réseau de soutien. L'enquête pointe ainsi l'importance de valoriser, rendre plus visibles et de promouvoir les réseaux de soutien existants plutôt que de créer de nouveaux réseaux (Smetcoren et al., 2018). Cette expérience a en outre montré que la dichotomie entre aidants et aidés possède un caractère artificiel, et qu'il est plus approprié de concevoir le soutien du voisinage comme relationnel, c'est-à-dire comme réseau d'entraide mutuelle. De plus, cette enquête a mis en évidence l'importance des enjeux de la cohésion communautaire et de l'attachement au lieu de vie, ce qui renvoie là aussi au modèle des communautés naturelles. De même, elle pointe l'importance de promouvoir une image positive du vieillissement et de combattre les préjugés qui lui sont liés, ainsi que les sentiments de réticence envers le soutien. L'enquête en question a en outre et surtout montré l'importance d'investir les ressources nécessaires au soutien des réseaux existants pour que ceux-ci ne soient pas dépassés par les tâches qu'ils assument (Smetcoren et al., 2018).

2 Démarche d'enquête et profil des répondant-e-s

2.1 Description du processus de recrutement des participant-e-s et d'élaboration de la grille d'entretien.

Les personnes ont été contactées à partir d'une base de données des participant-e-s ayant répondu au questionnaire de la HETS-FR et dont 70% avait accepté d'être recontacté pour réaliser un entretien qualitatif. Cela a facilité la prise de contact et ce sont 41 personnes au total qui ont été recontactées sur les 49 qui avaient été présélectionnées de manière aléatoire et en accord avec le mandant. Sur la base de trois variables (sexe – homme-femme –, deux catégories d'âge – 65-71 ans et 72-99 ans – et le fait de vivre seul-e ou non), huit catégories² avaient ainsi été constituées pour procéder à la construction de cette liste (voir tableau 1 ci-dessous et note 2). L'objectif était d'obtenir la plus grande diversité possible de profils parmi les répondant-e-s au questionnaire.

Parmi les 41 personnes contactées, 4 ont refusé (manque de disponibilité, départ en vacances), 7 n'ont pas répondu aux mails et appels téléphoniques et 30 ont accepté. Globalement, les entretiens se sont bien déroulés et le retour des enquêté-e-s a été très positif. Plusieurs d'entre elles/eux ont souligné les « bienfaits » de l'échange téléphonique en ce qui concerne la possibilité de revenir sur cette période, d'en parler et de se sentir écouté-e.

2.2 Considération sur les modalités de réalisation des entretiens dans le contexte pandémique.

L'enquête qualitative a été réalisée à l'aide d'un guide (annexe 1) qui a servi à effectuer des entretiens structurés et semi-directifs. Les entretiens ont eu lieu téléphoniquement entre les mois d'août et d'octobre 2020 et ont duré une heure en moyenne. La grille comportait des questions fermées, mais aussi des questions ouvertes faites pour stimuler la narration libre.

Dans le prolongement de l'enquête par questionnaire, le guide visait à approfondir notre connaissance de l'évolution des habitudes, des activités et des relations des personnes de plus de 65 ans durant, mais aussi après, la période de confinement due à la crise sanitaire liée au COVID-19. Afin de sonder ce que les notions-clés de « bien-vieillir », de « vie bonne » et de « caring communities » recouvraient pour les enquêté-e-s et comprendre comment il était possible de les opérationnaliser, la grille d'entretien a été organisée autour de six « blocs » thématiques définis en concertation avec le mandant :

- 1) activités au quotidien (lieu de vie ; relations sociales ; activités/engagement ; difficultés ; aide reçue ; aide fournie ; adéquation aide reçue/fournie et ressources/besoins en la matière)
- 2) vécu du semi-confinement (vécu général ; relations sociales ; modification habitudes ; soutiens fournis ; soutiens reçus formels et informels ; adéquation entre aide reçue/fournie et ressources/besoins en la matière) ;

² Huit catégories suivantes ont été constituées en prenant en compte le sexe, l'âge et la situation conjugale de l'enquêté-e : Femmes & 65-71 & seules (Cat.1) ; Femmes & 65-71 & pas seules (Cat.2) ; Femmes & 72-99 & seules (Cat.3) ; Femmes & 72-99 & pas seules (Cat.4) ; Hommes & 65-71 & seules (Cat.5) ; Hommes & 65-71 & pas seules (Cat.6) ; Hommes & 72-99 & seules (Cat.7) ; Hommes & 72-99 & pas seules (Cat.8).

- 3) changements post-COVID (vécu général ; habitudes prises ; relations sociales ; difficultés depuis ; soutiens formels reçus ; soutiens informels reçus/donnés ; sentiment de sécurité) ;
- 4) attitudes face à l'information (sources d'information ; habitudes d'information ; inquiétude face à l'information ; opinion sur la manière dont personnes âgées représentées dans médias ; souhaits d'information ; confiance)
- 5) conception du bien-vieillir (point de vue sur le bien-vieillir et la vie bonne ; conditions, attentes et besoins pour une vie bonne ; changements avec l'âge ; changement avec le COVID) ;
- 6) rapport à l'avenir (regards/sentiments sur l'avenir ; impact du COVID sur la conception de l'avenir ; représentations de la fin de vie/souhaits ; projets pour le futur - pour soi/entourage/société ; résolutions prises).

2.3 Description du profil des trente répondant-e-s et tableau synthétique .

Tableau 1 : principales caractéristiques des trente personnes interviewées

	Sexe	Age	Etat civil	Vit (avec)	Profession (antérieure)	Statut professionnel	Nationalité	Statut logement
P3	F	69	séparée	seule	secrétaire	retraité	suisse	locataire
P4	F	70	divorcée	seule	psychologue/ psychothérapeute	active	suisse	propriétaire
P7	F	70	veuve pas mariée	seule	secrétaire de direction	retraité	suisse	locataire
P10	F	66	mariée	mari	biostatisticienne	retraité	suisse	propriétaire
P11	F	68	mariée	mari	Actuaire	retraité	suisse	propriétaire
P12	F	67	mariée	mari	enseignante	retraité	suisse	propriétaire
P14	F	77	veuve	seule	secrétaire municipale	retraité	suisse	propriétaire
P15	F	79	NR	seule	infirmière	retraité	suisse	locataire
P17	F	77	NR	seule	assistante administrative	retraité	suisse/ italienne	propriétaire
P20	F	80	mariée	mari	infirmière	retraité	suisse	propriétaire
P25	F	73	mariée	mari	infirmière	retraité	suisse	propriétaire
P9	F	74	mariée	mari	mère au foyer/employée de bureau	retraité	suisse	propriétaire
P18	F	78	NR	seule	infirmière/conseil en santé	retraité	suisse	propriétaire
P19	F	75	NR	seule	commerciale/thérapeu te énergétique	retraité	suisse	propriétaire
P24	F	72	mariée	mari	infirmière/resp. CMS	retraité	suisse	propriétaire
P29	H	71	divorcé	seul	délégué médical	retraité	suisse	locataire
P26	H	65	NR	seul	journaliste	retraité/actif	suisse	locataire
P38	H	73	NR	seul	psychologue/ conseiller en orientation	retraité	suisse	locataire
P44	H	73	séparé	seul	ingénieur	retraité	suisse	locataire
P46	H	75	concup.	compagn e	économiste	actif	suisse	propriétaire
P47	H	72	séparé	seul (partie)	géomètre	actif	suisse	propriétaire
P48	H	75	marié	épouse	journaliste	encore actif	suisse	locataire
P36	H	70	marié	épouse	étiopathe	retraité/activité ponctuelle	suisse	propriétaire
P37	H	69	marié	épouse	technicien service bâtiment	retraité	suisse	locataire
P40	H	77	instance de divorce	seul	directeur imprimerie	retraité	suisse	propriétaire
P42	H	72	divorcé	seul	logisticien puis responsable d'accueil musée	retraité	suisse	co-propriétaire
P28	H	71	veuf	seul	dessinateur en bâtiment	retraité	suisse	propriétaire
P30	H	70	veuf	seul	économiste	retraité	suisse	propriétaire
P31	H	67	NR	seul	mécanicien général	retraité	suisse	locataire
P35	H	67	marié	épouse	fonctionnaire de police	retraité	suisse	locataire

Légende : F : femme / H : homme / NR : non renseigné

NB : Lors de la présentation des résultats, des prénoms fictifs ont été attribués aux participant-e-s pour une plus grande personnalisation de leurs situation ou propos. Le code correspondant dans le tableau ci-dessus (première colonne) est alors indiqué entre parenthèse à côté du prénom d'emprunt de manière à pouvoir se référer aux données socio-démographiques des personnes mentionnées.

La section suivante présente les principaux résultats issus des entretiens réalisés. Ils sont organisés dans une logique d'opérationnalisation des notions-clés de « bien-vieillir », de « vie bonne » et de « caring communities ». Cette analyse thématique est illustrée par des extraits tirés des entretiens afin d'illustrer un aspect particulier ou une situation. Les noms des personnes interviewées sont fictifs afin de respecter l'anonymat. Toutes les données sensibles sont omises pour garantir la confidentialité de l'entretien.

3 Présentation des résultats

Les résultats qui seront présentés ci-après procèdent d'une mise en lien entre les notions-clés opérant comme autant d'axes d'analyse permettant d'ordonner les propos recueillis (vie bonne, bien vieillir, *caring communities*) et les réponses aux questions relevant des blocs thématiques qui leur sont consacrés dans la grille d'entretien (annexe 1).

Les notions de bien vieillir et de vie bonne seront principalement analysées à la lumière des réponses aux questions des blocs 5 (conception du « bien vieillir » et rôle de l'Etat pour répondre aux besoins) et 4 (représentations des personnes âgées et sentiment de participation/inclusion/exclusion) de la grille.

La notion de *caring communities*, les formes éventuelles de leur existence, les modalités de leur constitution et de leur fonctionnement seront quant à elles approchées au travers des réponses à certaines questions du bloc 1 (activités au quotidien et soutiens, notamment informels, à la fois fournis et reçus) mais aussi des blocs 2 (mêmes questions relatives à la période du semi-confinement) et 3 (qui concerne la période post-confinement et aborde la pérennité éventuelle des dispositifs mis en place pendant la crise sanitaire).

3.1 Les représentations de la vie bonne et du bien-vieillir

L'examen des représentations de la vie bonne et du bien-vieillir chez les personnes interrogées révèle une pluralité de dimensions : la santé ; l'indépendance ; la vie sociale et affective ; le fait de rester actif ; le soutien fourni à l'entourage ; les capacités financières.

Ces différentes dimensions sont souvent liées entre elles et c'est en examinant leurs liens respectifs que l'on peut constituer une image la plus complète et fidèle possible des représentations de la vie bonne et du bien-vieillir que donnent les participant-e-s.

Dans cette mosaïque d'éléments, la santé est un élément prépondérant. Systématiquement évoquée dans les entretiens lorsque sont abordées les questions sur la vie bonne et le bien-vieillir, elle touche à plusieurs autres dimensions constitutives de ces notions. La santé apparaît ainsi tantôt comme

obstacle tantôt comme condition à l'indépendance, aux relations sociales et à l'engagement dans certaines activités, y compris les activités de soutien auprès de l'entourage, et forme un élément central dans les représentations de la vieillesse et du vieillissement chez les répondant-e-s. Commencer par décrire plus en détails cette dimension nous permettra par la suite d'explorer plusieurs des autres éléments qui composent le bien-vieillir et la vie bonne du point de vue des répondant-e-s.

3.1.1 Avoir la santé, un élément décisif.

Comme nous venons de le dire, la santé est une thématique très régulièrement citée par les répondant-e-s lorsqu'est abordée avec elles/eux la question de la vie bonne et du bien-vieillir. Sur trente répondant-e-s, vingt-et-un mentionnent en effet la santé en lien avec ces deux notions.

Chez ces personnes, la santé désigne majoritairement la santé physique. Plus rarement et de manière moins explicite, elle fait également référence à la santé mentale (l'importance de garder ou ne pas « perdre » la tête). Elle est dans tous les cas explicitement comprise au sens de « bonne » santé.

Nous avons identifié schématiquement quatre représentations relatives à la santé en lien avec les représentations d'une vie bonne et du bien-vieillir :

1. La santé comme bien désirable compte tenu de l'état de de santé existant
2. La santé comme garantie du mode de vie actuel
3. La santé comme condition au maintien du soutien fourni à l'entourage
4. La santé comme vecteur d'un engagement effectif ou souhaité pour la communauté.

On peut distinguer ces différentes représentations selon qu'elles renvoient à la (bonne) santé comme un état effectivement vécu (2, 3 et 4) ou, au contraire, à un état désiré mais non actuel (1). Dans le premier cas, la vie bonne et le bien-vieillir sont associés de manière plus ou moins explicite à la situation vécue, dont il est attendu qu'elle se maintienne. La vie bonne et le bien-vieillir sont alors pour ainsi dire en continuité avec l'existant. Dans le second cas, la santé est un état espéré par contraste avec la situation vécue et représente un élément de la vie bonne et du bien-vieillir dans une optique idéale.

On peut sur cette base faire une distinction supplémentaire entre ces différentes représentations, en fonction cette fois de la finalité attribuée à la santé dans la réalisation d'une vie bonne ou du bien-vieillir.

3.1.1.1 *La santé comme bien désirable compte tenu de l'état de santé existant*

Dans cette représentation, la santé – son recouvrement – doit permettre d'améliorer la vie actuelle en levant les obstacles (douleurs, difficultés de mobilité etc.) qui limitent ou empêchent certaines activités et/ou relations sociales associées à une vie bonne et au bien-vieillir. La santé apparaît alors comme un idéal auquel s'oppose la situation réelle vécue au quotidien avec laquelle les répondant-e-s concerné-e-s doivent concilier au jour le jour, et qui les conduit à adapter leur représentation du bien-vieillir et de la vie bonne à l'aune de leurs difficultés.

Cette représentation concerne les répondant-e-s dont l'état de santé dégradé impose des limitations dans certaines activités et/ou relations sociales et constitue une difficulté à gérer au quotidien. Pour ces personnes, la santé représente une composante essentielle d'une vie bonne et d'un bien-vieillir, désirable de façon idéale par contraste avec leur situation actuelle.

À la question de ce que serait pour elle une vie idéale, Marie (P3) 69 ans, répond ainsi qu'elle souhaiterait « changer de colonne vertébrale » en référence à ses douleurs dorsales.

Souvent, ces personnes substituent dès lors à l'idéal d'une vie bonne et du bien-vieillir, l'image d'une vie acceptable proportionnellement à leur état de santé du moment. La vie bonne et le bien-vieillir s'apparentent pour elles à la vie telle qu'elles la connaissent dans ses bons moments, ou du moins dans ses moments acceptables compte tenu de leur état de santé. Plusieurs des répondant-e-s concerné-e-s disent alors avoir appris au fil des années à apprécier davantage le moment présent lorsqu'ils et elles se sentent bien.

Chez ces personnes, l'acceptation des limites posées par l'état de santé apparaît déterminante. Denise (P20), 80 ans, dit par exemple que pour elle, le bien-vieillir s'apparente à un apprentissage des choses qu'elle ne peut plus faire ou doit faire autrement. Un apprentissage qui apparaît néanmoins difficile :

« Ben ça, c'est des côtés du vieillissement qui sont difficiles je trouve ! C'est que... des choses que vous aimez beaucoup, vous devez vous dire que c'est fini, que vous ne pouvez pas... Ben ça, c'est vrai que c'est décevant. [...] Dans la vie, il y a eu quand même des immenses années où on a pu toujours plus, pis là, il faut apprendre le moins. Et ça... ben ça, c'est un apprentissage... En tous cas pour moi c'est un apprentissage... pas simple ! » (Denise (P20), 80 ans)

Denise ajoute qu'il n'est pas facile pour elle de demander de l'aide lorsqu'elle en aurait besoin.

Les pertes de capacités liées à l'état de santé constituent parfois les révélateurs un peu brutaux du vieillissement, comme c'est le cas pour Denis (P29), 71 ans, qui dit se rendre compte qu'il « est vieux » depuis qu'un cumul récent d'ennuis de santé a fait irruption dans son quotidien, notamment ses pertes de mémoire. Une situation qui met en exergue le besoin d'adapter son avenir à ces difficultés de plus en plus présentes.

Ainsi, un corollaire des limitations que l'état de santé impose ou pourra imposer dans le futur, est l'aménagement de l'environnement et/ou des activités pratiquées pour continuer à envisager l'avenir de façon positive. C'est le cas par exemple de Jeanne (P11), 68 ans, qui a déménagé avec son mari dans un appartement qu'elle a choisi « avec ascenseur » en prévision d'une possible dégradation de son état de santé. D'autres répondant-e-s disent également avoir déménagé ou entrepris des démarches pour adapter leur domicile afin de pouvoir y rester le plus longtemps possible.

Parmi les répondant-e-s qui connaissent déjà des problèmes de santé, certain-e-s mentionnent le bénéfice qu'ils/elles ont retiré de l'adaptation de certaines de leurs activités pour se maintenir en santé durant le semi-confinement du printemps. Comme d'autres, Denise (P20), 80 ans, dit qu'elle souhaiterait que les exercices de gymnastique proposés sur internet pendant cette période perdurent, car ils lui permettraient de palier les exercices qu'elle ne parvenait plus à faire lors des cours en présentiel, devenus trop exigeants.

Certain-e-s répondant-e-s soulignent à l'inverse leur expérience de l'inadaptation à leur situation de santé particulière de certaines offres d'activités sportives ciblant pourtant un public âgé. Tel est par exemple le cas de Francis (P35), 67 ans et diabétique, qui relève que le cours de gym spécialement destiné aux personnes âgées auquel il s'était inscrit était néanmoins inadapté à ses problèmes de santé. Il insiste sur sa gêne et son refus d'exposer ses problèmes devant tout le monde et de devoir se justifier pour obtenir des aménagements spécifiques de la part de l'instructeur et dit avoir cessé de fréquenter le cours en question pour ces raisons.

Enfin, pour certains des répondant-e-s, les difficultés liées à leur état de santé et leur évolution future semblent plutôt donner lieu à une forme de résignation qui transpose dès lors la question du bien-vieillir dans celle du bien-mourir. Sur ce point, la réponse de Marie (P3) à la question de savoir ce qu'elle changerait dans son quotidien si elle avait pour cela une baguette magique, est éloquente :

« Ben, tant qu'on a une santé acceptable, douleurs acceptables, moral correct, ça va... mais le jour où tout dégringole, s'ils [les vieux] demandent de partir, faut laisser ! Ben il me semble enfin... j'sais pas, et puis que la famille est d'accord là-dessus, s'entend là-dessus, enfin...voilà ! Et puis une baguette magique, ça fait que pendant le sommeil, ils s'en vont. Bah ouais, évidemment ! Avec...qu'ils aient eu un dernier...un dernier bon petit repas ou une clope, enfin, ce qu'ils demandent. » (Marie (P3), 69 ans)

3.1.1.2 La santé comme garantie du mode de vie actuel et de l'indépendance

Plusieurs répondant-e-s mentionnent la santé comme condition nécessaire à une bonne vie et au bien-vieillir en l'associant à leur bien-être actuel. Étant elles-mêmes en bonne santé, cette dernière représente pour ces personnes le moyen de poursuivre leur mode de vie actuel, qu'elles jugent bon et désirable, dans le futur. Parmi ces personnes, la majorité insiste sur le fait qu'elles souhaitent « profiter de la vie » le plus longtemps possible si la santé le leur permet. Elles mettent souvent en évidence le lien entre la vie bonne et le bien vieillir, et le fait d'être en mesure d'apprécier – de par leur bonne santé – ce que l'existence leur offre, sans nécessairement avoir de grands projets d'avenir. Certaines personnes relèvent ainsi qu'avec l'âge, elles sont plus centrées sur le moment présent. Plusieurs relèvent à ce titre que la situation pandémique liée au COVID-19 a renforcé chez elles cette attitude qui se caractérise aussi par la recherche du bien-être et une forme de tri des activités et des relations qui ne procurent pas - ou plus – ce bien-être.

Cette conception de la vie bonne et du bien-vieillir inclut donc la santé comme moyen de pérenniser les conditions de vie existantes. Elle est un élément qui fait dire aux répondant-e-s qu'ils/elles ne sentent pas encore les effets du vieillissement. Ce à quoi certain-e-s ajoutent que leur (bonne) santé représente la raison pour laquelle ils/elles ne se préoccupent pas (encore) de leur vieillesse, cette dernière étant de fait associée indirectement au déclin de la santé.

Certain-e-s répondant-e-s présentent ainsi explicitement leur bonne santé comme la résultante de leur mode de vie. Ils et elles disent ainsi avoir toujours ménagé une place importante à la santé et la recherche du bien-être au cours de leur existence. Pour ces personnes, la vie bonne et le bien-vieillir sont associés à la santé comme le résultat de leurs activités sportives par exemple, et justifient donc la poursuite de celles-ci pour maintenir une bonne vie et un bien-vieillir :

« Pour moi, c'était toujours important le sport. C'est pour ça je rigole encore beaucoup parce que... quand on fait du sport... je dis aux jeunes aussi « faites du sport, vous verrez vous vieillissez bien »... parce que toutes mes copines qui ne font rien ou presque rien, elles deviennent grincheuses avec l'âge ! » (Lise (P9), 74 ans)

Pour certaines de ces personnes, la vie bonne et le bien-vieillir définis par la santé sont souvent associés à la valorisation de l'indépendance et à une crainte ou à un refus explicites de dépendre d'autrui dans la vieillesse en raison d'une dégradation de l'état de santé. Ces personnes mentionnent régulièrement avoir fait des directives anticipées et prévu leur fin de vie. Pour une répondante, il est question d'avoir recours au suicide assisté si nécessaire :

« Mal vieillir, c'est pas mal vieillir, c'est vieillir tout bêtement. C'est jamais positif. Mal vieillir, c'est commencer à être dépendant d'autrui et ne plus pouvoir... même pas physiquement, mentalement aussi... une dégénérescence mentale j'appelle ça... pfff... on vit trop vieux ! Quel est le plaisir d'être dans un EMS ?

Moi, j'ai une amie qui est actuellement, depuis je crois... ben, depuis le mois d'octobre dans un EMS, elle n'a plus toute sa tête, c'est quoi la qualité de vie ? Quand elle a de temps en temps une crise de lucidité, elle dit j'en ai marre, j'veux partir, c'est monstrueux ! Merci EXIT ! Au moins, ça existe... mais enfin... faut s'en occuper assez tôt. » (Agathe (P7), 70 ans)

A l'image d'Agathe, les personnes attachant une grande importance à leur indépendance et à leur autonomie tant physique que psychique ont une représentation généralement négative de l'établissement médico-social (EMS). La vie bonne est ainsi opposée à la dépendance illustrée par la vie en EMS. Une répondante dit ainsi sa « terreur » d'aller en EMS si elle devait ne plus pouvoir rester chez elle pour des raisons de santé. Elle dit avoir peur d'être « enfermée et tributaire de quelqu'un ».

La valorisation de l'indépendance comme élément du bien-vieillir et cette représentation négative de l'EMS associée également à l'enfermement se retrouve chez Jacques (P40), 77 ans. Chez ce dernier, pourtant, cette représentation négative n'est cependant pas liée à une possible dégradation de son état de santé. Pour lui, elle relève plutôt du fait d'être coupé du monde (ou du risque de l'être) ainsi que de se retrouver à vivre quotidiennement dans une forme de promiscuité avec quelqu'un que l'on a pas choisi et qui ne partage pas les mêmes valeurs ou intérêts :

« Parce que j'aime bien discuter, j'aime bien comprendre des choses de ce monde, actuellement. Et puis, dans un EMS, euh... donc je serais, ben tout seul à parler avec moi-même donc... et ça doit être... ça m'arrive des fois de me causer des fois à moi-même. Ici, dans ma maison, parce que je vis quand même tout seul... mais enfin, ça me fait rien du tout mais, si vous avez plus que cet univers-là dans une chambre, avec encore quelqu'un qui n'est pas du même type que vous, ben ça doit être difficile. Et ça c'est ce que j'espère ne jamais vivre, voilà ! » (Jacques (P40), 77 ans)

3.1.1.3 La santé comme condition au maintien du soutien fourni à l'entourage

Dans cette représentation, la santé est un prérequis au soutien fourni à un ou plusieurs membres de l'entourage (époux/épouse ; enfants ; petit-enfants, etc.) et l'importance accordée à sa conservation met donc en exergue la centralité du soutien fourni.

Dans ce cas, la santé constitue également un moyen de pérenniser la situation existante mais cela, davantage sous l'angle du devoir que sous celui de l'aspiration. La santé, dans cette optique, doit être maintenue afin de continuer à apporter un soutien aux proches. Chez les personnes concernées, le bien-vieillir est pour ainsi dire un impératif.

Les personnes qui s'inscrivent dans cette situation mentionnent d'ailleurs généralement avoir vécu la crise du COVID-19 du printemps dernier comme une période angoissante, compte tenu du risque qu'elles encouraient alors de tomber malade et de ne plus pouvoir assumer leur rôle de proches-aidants.

C'est le cas de Marielle (P24), 72 ans, qui, pendant le semi-confinement, a dû faire face seule à la maladie de son mari dont elle était déjà proche-aidante depuis plusieurs années. Celui-ci a contracté le COVID-19 alors que les visites des soins à domicile, un soutien très important pour Marielle, ont temporairement cessé. Cette situation l'a conduit à devoir assumer la totalité des soins à prodiguer à son mari avant que celui-ci ne soit hospitalisé par la suite. Peu de temps après, Marielle a, à son tour, été infectée par le virus et s'est retrouvée à devoir se soigner seule à son domicile. Pour elle, bien-vieillir correspond en règle générale à faire tout ce qui est en son pouvoir pour continuer de s'occuper de son mari afin que ce dernier puisse rester à la maison le plus longtemps possible. Elle dit de son expérience du semi-confinement, durant laquelle elle s'est retrouvée extrêmement éprouvée physiquement et seule dans son rôle de proche-aidante, qu'elle l'a traversée dans la peur exacerbée

de tomber malade ou qu'il lui arrive un accident, ce qui l'aurait contraint à « placer » son mari. Si Marielle a résisté tant bien que mal jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier avant d'être elle-même touchée par le COVID-19, elle souligne qu'elle aurait aimé que quelqu'un s'enquiert de sa situation pendant cette période.

Les propos de Marielle (P24) rejoignent ceux de Claire (P25), 73 ans, qui dit de manière générale se sentir également peu soutenue dans son rôle de proche-aidante du point de vue de l'écoute que pourraient lui apporter son entourage ou les services de soins professionnels avec lesquels elle est en contact en raison de la situation de son mari. Claire dit que ce manque de soutien s'est fait plus cruellement sentir durant la période de semi-confinement.

3.1.1.4 La santé comme vecteur d'un engagement effectif ou souhaité pour la communauté

Dans cette représentation, qui correspond au dernier type proposé ici, la santé apparaît comme le symbole d'une capacité intacte à s'engager, voire à s'engager davantage pour la communauté et à mettre ses compétences – souvent issues d'une expérience professionnelle antérieure – au service de celle-ci. La santé est ici le vecteur d'une vie bonne et d'un bien-vieillir qui se matérialise au travers de l'activité bénévole, associative voire professionnelle qu'elle rend possible. Dans cette perspective, deux répondantes soulignent qu'elles auraient souhaité poursuivre leur engagement professionnel au-delà de l'âge de la retraite, précisément parce qu'elles se sentaient en bonne santé et « la force de le faire ». Pour ces deux répondantes qui travaillaient toutes deux dans le milieu médical, la pandémie et le besoin d'effectifs soignants qu'elle a suscité a exacerbé ce sentiment de frustration de n'avoir pu mettre au service d'une collectivité plus large des compétences issues d'un parcours professionnel antérieur et qui s'avéraient alors des plus précieuses et recherchées. À ce titre, Edith (P15) 79 ans dit :

«Ce qui me manque, c'est le fait que je sois en très bonne santé et... quand je vois que.... je voudrais... c'est évidemment pas possible, mais par exemple pendant la période aigüe de la maladie, il y a eu beaucoup de gens dans les hôpitaux – j'ai travaillé 27 ans au CHUV – j'aurais voulu y aller, pour travailler, dans les soins intensifs, j'ai fait beaucoup de soins intensifs. J'aurais voulu aller bosser ! ça, c'est quelque chose qui m'a manqué si vous voulez... Mais je savais que c'était pas possible, donc, je n'en ai pas fait un drame mais...[...]. Il y a des choses comme ça qui, si vous voulez m'ont manquées, j'aurais aimé faire beaucoup plus ! J'aurais voulu faire profiter de mon expérience professionnelle... Bien plus que j'ai pu faire dans mon coin. Si vous voulez...ça m'a manqué. Mais il faut être raisonnable, je sais que ce n'est pas possible. » (Edith (P15), 79 ans)

3.1.2 Vie sociale et affective

Plusieurs répondant-e-s de l'enquête mentionnent explicitement l'importance des relations sociales en lien avec la vie bonne et le bien-vieillir.

Pour la plupart de ces personnes, il s'agit de maintenir le lien avec leurs proches (famille et amis) auxquels elles apportent parfois leur soutien (garde des petits-enfants par exemple) ; lien que la pandémie a parfois renforcé malgré la distance, ou au contraire éprouvé. Plusieurs répondant-e-s disent ainsi que leurs enfants et petit-enfants leur ont manqué durant cette période, bien qu'ils et elles aient parfois gardé d'intenses contacts avec eux, notamment téléphoniques. Dès lors, certaines personnes disent aspirer à voir davantage leurs proches à l'avenir, une fois la situation pandémique passée.

Une répondante souligne également qu'elle a pris conscience, avec le semi-confinement, de l'importance de garder des contacts avec ses amis tant qu'ils sont « encore là », car à mesure de l'avancée en âge – et dans ce cas précis aussi en raison de la pandémie – « beaucoup disparaissent ».

Par ailleurs, certain-e-s répondant-e-s mentionnent également l'importance du maintien d'une vie sociale à travers l'engagement dans des activités bénévoles ou de loisirs collectifs. Les relations entretenues à l'extérieur du domicile ou de l'entourage proche apparaissent, dans ce cas, associées à l'importance de rester actif, de « rester dans le coup », de garder un certain rythme de vie. L'engagement dans des activités externes, source d'échanges et de réciprocité, permet aussi de maintenir ou de construire une certaine estime de soi. Les personnes qui insistent sur ce point sont pour la plupart récemment retraitées et voient notamment dans les activités associatives investies bénévolement, à la fois un moyen de continuer à structurer l'organisation quotidienne de sa vie et un vecteur d'ouverture sur et de lien avec « le monde » - au double sens des réalités matérielles extérieures à soi et de leurs représentations mais aussi des personnes et communautés habitant cet espace. À titre d'illustration, voici ce que dit André (P37), 69 ans :

« Pour bien vieillir, ce qui est important, c'est d'avoir une vie sociale. C'est-à-dire que quand vous êtes à la retraite, ben le mot veut bien dire ce que c'est, ben c'est le retraite. Moi je voyais beaucoup de gens quand je travaillais, je travaillais dans un service où je voyais beaucoup d'entreprises, j'avais des collègues...et tout d'un coup, ça s'est arrêté et la personne qui reste chez elle, et puis qui fait pas... qui ne réessaie pas de refaire autour de lui... comment dire... moi, j'ai eu la chance et puis j'ai voulu justement... c'est faire à l'E. [nom d'une association] ce bénévolat... parce que je me disais ben voilà, là j'ai des heures fixes déjà [...]. Quand on est à la retraite on ne regarde plus sa montre... ben voilà, si on ne fait pas ça aujourd'hui ben on le fera demain, si on ne le fait pas demain, ben on le fera après demain [...] voyez, déjà ça ! Et puis en plus de ça [par cette activité] je vois beaucoup de gens [...] j'ai une vie sociale autour de moi, et c'est très très important ! Alors quand on veut bien vieillir c'est comme ça : il faut, faire du sport, bien manger et avoir une vie sociale à côté, voilà ! C'est indispensable ! » (André (P37), 69 ans)

Cas quelque peu spécifique, un des répondants mentionne l'importance des relations sociales pour une vie bonne tout en reconnaissant être lui-même dans une forme d'isolement qui date d'avant la pandémie. Les contacts sociaux qu'il entretient se déroulent essentiellement via la médiatisation de son smartphone, offert en début de semi-confinement par son fils qui habite à l'étranger et dans l'utilisation duquel il s'est pleinement lancé depuis, découvrant de nombreuses possibilités d'internet dans un quotidien libéré des contraintes horaires de son dernier emploi comme agent d'accueil d'un musée. Atteint d'un diabète et confronté à de très importantes difficultés pour se déplacer, il dit passer beaucoup de temps sur internet, pour s'informer et se divertir ainsi que pour accéder à différents services (assurance maladie, livraison de courses, ebanking...), ce qui lui permet « d'être parfaitement autonome depuis (son) domicile d'où (il) ne sor(t) presque pas ». Grâce à cet outil qui apparaît comme un vecteur tout à la fois de lien et de participation à la société tout en conditionnant la forme et le contenu, il parvient à communiquer chaque jour avec son fils, et plus épisodiquement avec d'autres contacts via l'application WhatsApp. En évoquant ce qui lui manque, Gaston (P42), 72 ans, dit:

« Ouais, il me manque bien d'aller boire des cafés avec des copains, avec des amis, d'aller manger avec d'autres personnes... Oui, ça, ça peut me manquer. Mais, du fait que toutes ces personnes sont en contact avec moi... surtout par whats'app, avec des photos et tout... je compense. » (Gaston (P42), 72 ans)

Enfin, parmi les personnes qui mentionnent l'importance d'une vie sociale pour une vie bonne et un bien-vieillir, certaines insistent sur l'importance d'une relation sentimentale/amoureuse. Si trois

d'entre elles sont en couple (dont deux en ménage commun) et disent apprécier cette situation, les deux autres personnes vivent seules et souhaiteraient rencontrer quelqu'un.

C'est le cas de Louis (P30), 70 ans, qui est veuf depuis quelques années et se dit désormais prêt à nouer une relation amoureuse car il n'envisage pas de continuer sa vie seul. Voilà quelques temps, il s'est inscrit sur un site de rencontre et est en correspondance avec une femme qu'il espère bientôt rencontrer en personne ; leur rencontre prévue au printemps ayant été différée en raison de la situation pandémique. Pour Denis (P29), 71 ans, séparé, la situation est quelque peu différente. Il est le principal soutien de son fils atteint d'un trouble psychique sévère, ce qui accapare la majeure partie de son temps. Denis dit souhaiter vivement rencontrer quelqu'un pour une relation amoureuse mais ne pas avoir beaucoup de disponibilité pour cela. Dans le même temps, il éprouve de la culpabilité à ne pas se montrer assez disponible à ses yeux pour son fils.

3.1.3 L'importance de rester actif-ve

Un tiers des répondant-e-s mentionnent le fait de rester actif-ve-s comme un élément important pour une vie bonne et bien-vieillir.

Plusieurs de ces personnes mettent en lien le fait de conserver une activité professionnelle – même de manière réduite –, ou de s'engager dans une activité bénévole, associative, politique ou de sport collectif et le bien-vieillir.

En plus de permettre le maintien d'une vie sociale (élément mentionné plus haut), rester actif-ve est aussi présenté par ces personnes comme un vecteur de bien-être. Gérard (P36), 70 ans qui a travaillé un temps dans un EMS, dit qu'il a eu l'occasion d'observer dans ce contexte l'importance de maintenir une activité malgré la présence éventuelle de limitations liées à l'état de santé. Selon lui, le fait de rester positif et de se demander continuellement « ce que l'on peut encore faire » permet de ne pas devenir « aigri » avec l'âge et est essentiel au bien-vieillir. Christine (P18), 78 ans, va dans le même sens en soulignant qu'en vieillissant, elle a appris à mieux sélectionner les activités qui lui procuraient un réel bien-être et à écarter les autres.

Rester actif-ve est également présenté de manière générale par plusieurs répondant-e-s comme le fait de continuer à s'intéresser à l'actualité, à faire de nouvelles expériences et à rencontrer de nouvelles personnes. Dans le cas de Lucien (P44), 73 ans, ce rapport au vieillissement et au fait de rester actif-ve est à l'origine d'un fort désaccord – exacerbé durant le semi-confinement – avec son épouse, dont il est aujourd'hui séparé. Selon lui, leurs divergences de vue venaient principalement du fait que son épouse considérait le vieillissement et la retraite comme synonymes d'un certain repli et d'une diminution des activités, alors que lui l'associait au fait de rester actif et de vivre de nouvelles expériences. Souhaitant encore voyager et entreprendre de nouvelles choses, Lucien qui se dit en parfaite santé refuse de « se mettre au garage ».

Gaston (P42) envisage lui aussi la retraite comme synonyme de rester « à la page ». Il voit dans cette étape de vie une grande liberté et des potentiels à exploiter, notamment en matière d'organisation libre de son temps pour explorer de nouveaux domaines d'intérêt comme les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Sa santé ne lui permettant que peu de déplacements à l'extérieur, il trouve un espace d'expression de sa liberté et de son potentiel au travers des outils du numérique :

« La liberté... mais il faut le vouloir. La liberté, ce n'est pas attendre dans son fauteuil la bouche ouverte ! Il faut s'investir... quand je vous parle de toutes ces applications [sur son smartphone], il faut les connaître, il faut essayer, il faut s'investir pour que ça marche ! Et pas dire « je suis vieux, je ne m'intéresse pas au numérique. » C'est le contraire ! » (Gaston (P42), 72 ans)

Enfin, l'activité est associée au bien-vieillir par plusieurs participant-e-s comme moyen de continuer à se sentir utile, ce qui transparaît notamment dans les propos d'Edith (P15), 79 ans (cf. supra) et ce que relève aussi André (P37), 69 ans. Certain-e-s répondant-e-s lient ainsi le bien-vieillir à la poursuite ou à la reprise d'activités, parfois directement en lien avec leur parcours professionnel antérieur, et au fait de mettre leurs compétences à disposition de la collectivité, c'est-à-dire en débordant le cercle des personnes habituellement mobilisées ou fréquentées dans le cadre l'exercice professionnel désormais achevé. Cela concerne par exemple Michel (P47), 72 ans, qui n'envisage pas de vieillir sans rester actif au sein de différentes associations et de sa commune : « *Le jour où vous dites "je ne peux plus faire ça" ou "j'arrête parce que ça ne sert plus à rien", vous être en train de décliner là ! De dégommer !* » (Michel (P47), 72 ans)

3.1.4 Des capacités financières déterminantes pour réaliser ses projets

Pour terminer ce tour d'horizon des différentes dimensions qui composent les représentations de la vie bonne et le bien-vieillir chez les répondant-e-s, il faut encore mentionner l'aspect des ressources financières. Celui-ci est évoqué par sept répondant-e-s sur les trente rencontré-e-s et interrogé-e-s au cours de l'enquête.

Pour environ la moitié d'entre eux et elles (soit trois sur les sept), l'importance des conditions matérielles et financières pour réaliser leurs projets matérialisant leur conception d'une vie bonne et du bien-vieillir est abordée sous l'angle de la conscience aigüe d'avoir les moyens de réaliser de tels projets. Tel est par exemple le cas de Pierrette (P10), 66 ans, qui se dit heureuse d'avoir davantage de moyens en retraite que lorsqu'elle était plus jeune. En écho, Jacqueline (P19) 75 ans, ou encore Louis (P30), 70 ans, mentionnent eux-aussi l'importance d'avoir une situation financière assurée dans la vieillesse et se considèrent privilégiés d'avoir une retraite confortable et leur permettant de réaliser leurs projets de vie.

Trois autres répondant-e-s évoquent l'importance de ces aspects matériels et financiers sous l'angle des difficultés financières ou du risque d'être en difficulté sur ce plan. C'est ce qu'illustre le cas de Marc (P26), 65 ans, qui était encore en activité lors du semi-confinement en tant qu'indépendant. La pandémie et ses conséquences a engendré pour lui une baisse substantielle de ses revenus, l'amenant à considérer de prendre sa retraite plus tôt qu'il ne l'avait imaginé initialement. Cette situation, d'après ses dires, l'obligera sans doute, et à regret, à davantage « calculer » et trier parmi ses activités et loisirs en fonction de son nouveau revenu. Jacques (P40), 77 ans, dit quant à lui que suite à sa séparation, la maison dans laquelle il vit désormais seul représente une charge financière et d'entretien pour laquelle il se prive notamment de voyager (ce qu'il n'a pas fait depuis une dizaine d'années). Partant, il a entrepris des démarches pour vendre sa maison et avoir ainsi plus de moyens financiers, illustrant ainsi concrètement sa conception d'une bonne vie à la vieillesse qui ne doit pas être faite de restrictions financières selon lui. Dans le même sens, Marie (P3), 69 ans, dit connaître depuis un certain temps déjà des difficultés financières qui ont notamment représenté un obstacle lorsqu'elle a dû retrouver rapidement un logement suite à une rupture amoureuse et une séparation il y a quelques années en arrière. Elle évoque ainsi ce qu'elle considère être des pratiques discriminatoires à l'encontre des personnes âgées : « *... comme pour avoir un appart. À un retraité, c'est d'office non ! Vous avez pas assez, vous avez que la retraite et les prestations complémentaires, vous avez pas assez... c'est fou quoi !* » Elle relève cependant que pendant la période de semi-confinement du printemps dernier, sa situation financière s'est néanmoins améliorée en raison d'une diminution de ses sorties (restaurant, cafés etc.) et des dépenses liées. Il s'agit d'un aspect positif de cette période de semi-confinement qu'elle souhaiterait voir perdurer, une bonne vie allant pour elle

de pair avec ces « petits plaisirs » du quotidien qui lui permettent également de maintenir une vie sociale.

Edmond (P38), enfin, 73 ans et sans difficulté financière déclarée, affirme que son idéal d'une vie bonne coïncide avec le fait de gagner à l'Euromillions. En creux, ce qui pourrait sonner comme une boutade révèle aussi l'existence de projets de vie adaptés à des moyens de vie et une capacité à se projeter dans l'avenir intacte.

Les représentations d'une vie bonne et du bien vieillir apparaissent liées à une pluralité de dimensions imbriquées : la santé ; l'indépendance ; la vie sociale et affective ; le fait de rester actif ; le soutien fourni à l'entourage ; les capacités financières. Dans cet ensemble, la santé, et avant tout dans sa dimension de « bonne » santé physique, occupe une place cardinale dans les quatre représentations principales de la vieillesse et du vieillissement que nous avons repérées chez les répondant-e-s : la santé comme bien désirable compte tenu de l'état de de santé existant (1) ; comme garantie du mode de vie actuel (2) ; comme condition au maintien du soutien fourni à l'entourage (3) ; comme vecteur d'un engagement effectif ou souhaité au service de la communauté (4). Selon qu'elle soit considérée comme une condition à maintenir ou un état à atteindre (ou à recouvrer), la santé apparaît comme un pré-requis indispensable au bien-vieillir et la vie bonne du point de vue des répondant-e-s, ou au contraire un obstacle à ceux-ci.

A cette dimension, s'ajoutent celles de l'ouverture sur le monde et de l'implication dans des échanges sociaux (y compris affectifs), mais aussi de la participation à des activités collectives au travers desquelles sens commun et estime de soi se construisent ou se maintiennent (notamment pour continuer à valoriser des compétences acquises au cours d'un parcours professionnel antérieur en les mettant au service d'une communauté différente, voire plus large), quitte à se reconfigurer. La dimension matérielle et économique, comme condition de possibilité concrète de s'investir dans des activités matérialisant une vie bonne et opérationnalisant le bien vieillir, doit enfin être rappelée (comme la possibilité d'accéder à un logement indépendant, adapté aux éventuelles limitations physiques et soutenable financièrement).

Deux éléments semblent enfin intéressants à relever. Tout d'abord, si la santé ressort bien des propos des répondant-e-s comme une dimension centrale du bien vieillir et de la bonne vie, ces derniers-ères n'en font cependant pourtant pas toujours un bien en soi avant tout. Conformément aux différents statuts de la santé évoqués et en nuance avec la conception sous-jacente au cadre d'orientation de l'OMS, la santé n'est ainsi pas recherchée pour elle-même avant tout mais est davantage présentée comme un moyen *de* et un moyen *pour* (y compris pour choisir les conditions de sa mort).

D'autre part, alors que l'OMS fait de la « participation sociale » un déterminant important d'un « vieillissement en santé » et actif (OMS, 2016), les entretiens réalisés donnent un contenu un peu différent à cette notion. La dimension « vie sociale » telle qu'explorée dans les entretiens n'est ainsi pas assimilable à la « participation sociale » entendue comme « être actif et participer à des activités civiques, ainsi qu'à des activités de loisirs et de divertissement » (OMS, 2016). Les entretiens réalisés font apparaître que le maintien des relations sociales dans l'entourage proche (famille, amis, voisinage) est un élément important du bien vieillir qui implique certes une dimension active, mais plutôt dans le sens d'entretien/activation des liens sociaux par des contacts réguliers, que ce soit ou non par le biais d'activités au sens précité.

Cette nuance permet de mettre en évidence un autre élément relatif à la vie sociale qui ressort des entretiens. La possibilité de maintenir des liens sociaux (une « vie sociale ») n'est ainsi pas seulement

favorisée par la participation à des activités sociales, mais également par la configuration du lieu de vie (immeuble, quartier, village, commune) plus ou moins propice aux rencontres, sans oublier l'attachement à ce lieu de vie, généralement constitutif du sentiment d'appartenance communautaire des interviewé-e-s.

Ces considérations mettent en évidence la problématique de l'isolement/solitude des personnes de 65 ans et plus sous un angle intéressant car elles permettent le cas échéant d'envisager les moyens de réduire cette solitude ou isolement autrement que par le biais du développement d'activités censées favoriser les rencontres sociales. Elles nous invitent à considérer les éléments qui favorisent l'activation des liens sociaux et le maintien de la cohésion sociale sur les lieux de vie, liant ainsi la question du bien vieillir et de la participation sociale à celle notamment de l'urbanisme et de l'identité régionale

3.2 Éléments pour l'opérationnalisation du concept de *caring communities* :

Les données recueillies montrent que ce sont surtout les réseaux de soutien informel (famille, voisins, amis) qui semblent avoir été activés pendant la crise. La mobilisation de ces réseaux s'est révélée par ailleurs d'autant plus nécessaire que certains réseaux d'aide formels ont même cessé de fonctionner durant les semaines du semi-confinement. Tel est par exemple le cas de cette dame âgée de 72 ans, infirmière puis cadre de la santé publique et proche-aidante depuis six ans d'un mari vieux de dix ans de plus qu'elle. Avec le semi-confinement, les visites hebdomadaires des professionnel-le-s du Centre médico-social (CMS) ont cessé brutalement à partir du 17 mars, soit au lendemain du renforcement des mesures de protection de la population décidé par le Conseil fédéral et l'annonce que la Suisse venait d'entrer dans une « situation exceptionnelle » au sens de la loi sur les épidémies. Dans ce contexte, elle a dû assumer seule l'intégralité de la prise en charge de son mari pendant différentes semaines et jusqu'à la reprise des activités du CMS. L'unique enfant du couple habite à l'étranger et ne peut de ce fait être une ressource mobilisable au quotidien pour des tâches concrètes et matérielles. Durant ce laps de temps, elle dit avoir expérimenté « un grand vide » en terme de soutien aux proches-aidants et aurait apprécié que l'on prenne plus souvent de ses nouvelles, pour savoir comment elle vivait son rôle redéfini de proche-aidante. Si elle déclare avoir pu compter sur davantage de soutien de la part de voisins durant le semi-confinement, notamment pour faire les courses, elle aurait cependant apprécié pouvoir recourir à de petits services supplémentaires, comme la possibilité que son mari puisse sortir avec une tierce personne, ce qui lui auraient permis de « sortir de (son) quotidien et de respirer un peu ». Il est intéressant de noter que cette dame n'a pas recouru à ce service, et n'en sollicite pas d'autres du reste, en raison de son caractère systématiquement payant.

« C'est ça un peu que je trouve difficile... Alors, il y a des groupes de soutien pour aider le proche-aidant, mais c'est toujours moyennant financement [...], c'est ça que je trouve un tout petit peu des fois difficile, c'est que chaque demande que vous faites, on vous demande une prestation financière. Je ne demande pas, je répète, je ne demande pas du tout la gratuité, c'est pas ça, mais c'est le principe, je trouve. Alors voilà, c'est tout ! C'est... et moi j'ai des amis qui ont fait partie de [association d'aide aux proches-aidants] et tout, mais qui ont quand même arrêté parce qu'ils étaient gênés de devoir demander de l'argent à des gens qui n'ont peut-être pas les moyens de... Alors vous me direz qu'il y a toujours les aides sociales... Mais vu la situation actuelle, c'est un peu difficile. » (Marielle (P24), 72 ans)

L'obligation de devoir face seule à l'ensemble des tâches requises par la prise en charge du conjoint malade a au moins une double conséquence qui interroge en filigrane le périmètre d'action possible

de l'acteur public : d'une part, pour le ou la partenaire aidé-e, il peut en résulter un appauvrissement et une limitation des activités réalisées ; d'autre part, il peut en résulter souffrance morale et épuisement pour le ou la proche aidant-e. Bien que certaines communes aient pris l'initiative de contacter leurs administrés, notamment les plus de 65 ans, afin de leur proposer certains services mis en place durant la période de semi-confinement et censés apporter des réponses aux limitations alors en vigueur, des répondant-e-s se sont senties quelque peu laissée-s pour compte et livré-e-s à eux et elles-mêmes.

L'acceptation de l'aide reçue pendant la période de semi-confinement, qu'elle provienne de réseaux formels ou informels, apparaît encore fortement liée à la manière avec laquelle on accepte et se reconnaît plus ou moins dans la catégorie de « personne à risque » qui a occupé la scène médiatique et politique et dans laquelle ont été versées en bloc l'ensemble des personnes de 65 et plus pendant la pandémie du printemps. Accepter d'appartenir à cette catégorie fait que l'on accepte plus facilement de recevoir de l'aide de proches pour faire les courses par exemple. Cependant, nombre de répondant-e-s ne se reconnaissent pas dans la catégorie des 65+. La borne de 65 ans est perçue comme arbitraire et discriminante et nombre de répondant-e-s disent la violence qui leur a été faite d'avoir été, parfois brutalement et sur le seul critère de l'âge biologique, assimilés au groupe des « seniors » lui-même identifié comme « à risque ». Le sentiment partagé par ces interviewé-e-s est celui que l'on doit protéger des personnes en leur déniait la capacité de se protéger elles-mêmes.

« Eh bien, sur le coup, je me suis sentie assez... voilà... tout à coup, d'être cataloguée parce qu'au début, ils ont beaucoup mis l'accent sur les plus de 65 ans, ces personnes si fragiles qu'il faut absolument protéger de toutes les manières possibles en arrêtant complètement toute l'économie... Voilà, cataloguée dans cette catégorie dans laquelle je ne me reconnaissais encore pas du tout. Je ne m'étais jamais dit que je faisais partie des seniors. Je donne des cours de gym aux seniors, dans le cadre de ProSenectute, mais je ne m'étais jamais dit que...tac...hop, je basculais chez les seniors ! »
(Pierrette (P10), 66 ans)

Les personnes qui ne se sont pas senties particulièrement à risque – et qui le pouvaient – ont ainsi continué à vivre sans soutien, quasi-normalement, pendant toute la durée du semi-confinement et ont ensuite repris aussi vite que possible leur indépendance une fois les mesures de protection progressivement allégées.

Plusieurs répondant-e-s ont également souligné que ce sont leurs propres enfants qui leur ont dit de ne plus sortir et qui leur ont imposé un respect strict des mesures de protection. C'est ce qu'illustre par exemple ces courses faites pour des grands-parents et dont les sacs sont déposés sur le seuil de leur domicile par des petits-enfants qui s'éloignent aussitôt la porte d'entrée ouverte. C'est également le cas de cette dame de 77 ans, ancienne employée administrative d'une municipalité qui cesse de fréquenter son cours d'aquagym suite au message envoyé par son fils, « directeur d'institution », lui déconseillant d'y aller. C'est encore l'interruption « brutale » de la garde des petits-enfants décidée unilatéralement par leurs parents. Tel est par exemple le récit de cette biostatisticienne retraitée de 66 ans vivant avec son mari qui a vu sa fille lui retirer la garde de ses propres enfants en lui disant qu'elle allait « se débrouiller sans elle » et qui a eu beaucoup « de retours de grand-mamans dans le même cas de figure qui, tout à coup, leur fille leur dit « non, il faut que tu restes chez toi, d'ailleurs j'avais aller faire tes courses ». Alors que... à 65 ans... voilà, j'étais pas prête à ce qu'on me dise... qu'il ne fallait plus rien faire, quoi. »

Si certaines personnes interviewées reconnaissent avoir peut-être mieux accepté de « jouer le jeu » en raison du fait que les règles émanaient de leurs proches, d'autres mentionnent que le fait d'avoir reçu de l'aide de leurs proches au cours de la crise sanitaire du printemps 2020 les inciterait sans doute à en demander plus facilement et librement à l'avenir si nécessaire.

Il n'en demeure pas moins que demander de l'aide n'est pas chose aisée ni n'apparaît automatique en cas de difficultés. La volonté de s'en sortir par soi-même, de démontrer et de se démontrer que l'on est capable de subvenir par soi-même à ses besoins et que l'on n'est pas dépendant, qu'il s'agisse d'un proche ou d'une aide externe plus ou moins institutionnalisée et quitte à adapter ses activités et modérer ses attentes ou désirs en conséquence, est forte. Il est également intéressant de noter qu'en dehors de souhaits de changements précis et circonstanciés (par exemple la nécessité d'adapter le mobilier des appartements protégés à sa population résidente âgée) ou d'une meilleure communication (rendre l'information relative aux services existants plus facilement accessible), quasiment aucune personne interviewée ne nourrit d'attentes particulières (qui auraient du coup été déçues) en matière d'intervention de l'Etat au cours de la crise sanitaire. Telle cette répondante de 70 ans, secrétaire de direction à la retraite et vivant seule pour qui nos vies se déploient dans un environnement excessivement réglementé, les réponses aux difficultés extérieures et le changement doivent se penser avant tout à l'échelle locale et de l'individu, voire de petits groupes d'entraide. C'est encore ce qu'exprime cette ancienne actrice de 69 ans, retraitée depuis quatre ans et vivant avec son mari de 69 ans, pour qui les réponses aux besoins des personnes de plus de 65 ans devraient avant tout provenir du monde associatif :

« C'est plutôt les associations qui doivent s'engager pour les personnes âgées. Les autorités cantonales ont d'autres chats à fouetter. La tranche d'âge des seniors ne doit être la priorité non plus....plutôt la formation, les écoles....car nous n'avons plus un avenir très long... (...) Des choses peuvent être améliorées mais (ce n'est) pas du ressort des autorités cantonales. » (Jeanne (P11), 69 ans)

Le fait de compter d'abord sur soi-même est également lié au sentiment de ne rien vouloir devoir à autrui et de ne pas être son débiteur, financièrement et moralement. C'est ce qu'illustrent les propos de Gaston, 72 ans:

« On m'a proposé également par lettre de la commune que, ils se tenaient à disposition, qu'il y a des scouts qui pouvaient faire les courses et cetera. Mais si les scouts font des courses pour moi, je leur donne quoi en retour pour ce service ? Je ne peux pas leur dire merci et je ferme la porte ! Donc, c'est pour ça que je suis totalement autonome, je ne demande rien à personne. » (Gaston (P42), 72 ans)

Si la question du rôle éventuel de l'Etat et de la puissance publique dans la (re-)construction de contextes sociaux de soutien autour des personnes de 65 ans et plus est décisive, celle de la nature, et du contenu, de l'offre l'est également. A ce propos, il ressort des entretiens menés que l'offre (en termes de services, d'activités, de loisirs...) pour les personnes de 65 ans et plus ne correspond pas forcément aux attentes et besoins de cette population. C'est ce qu'illustrent les propos de Marie (P3), 69 ans, une ancienne secrétaire séparée et vivant seule dans un appartement en location :

« [Dans les appartements protégés où elle vivait, il y avait] une salle communautaire où il n'y avait presque jamais personne, ou bien, les animations style EMS, biscuits, confitures... ça va quoi ! Disons que je pense qu'on est les nouveaux vieux à 69 ans qui arrivons... C'est plus du tout les vieux d'antan, quoi... Ils ont l'informatique, ils ont envie d'autres choses, sortir... peut être même sortir le soir! » (Marie (P3), 69 ans)

A la lumière de ce retour particulièrement illustratif de ce dont auraient besoin les « nouveaux vieux » comme les appelle cette interviewée, il ne s'agirait donc pas « d'en faire plus » mais de faire autrement et de manière plus adaptée. Traduits dans les termes d'une politique publique, la question ne serait donc pas « en fait-on assez ? » ou « l'offre existante est-elle assez étoffée ? » mais plutôt « est-ce que ce qui est proposé est adapté aux attentes et caractéristiques des personnes de 65 ans et plus ? »

4 Conclusions et propositions de recommandations

Les entretiens réalisés dans le cadre de ce mandat visaient avant tout à interroger les conceptions de la « bonne vie », du « bien vieillir » et des « *caring communities* » (ou « communautés de soutien »), ainsi que les pratiques associées, chez les personnes âgées 65 ans et plus (65+). Afin d'obtenir un tableau le plus représentatif possible de la diversité des points de vue et réalités vécues par les personnes interviewées, ces dernières ont été choisies aléatoirement parmi les répondant-e-s à l'enquête par questionnaire ayant donné leur disponibilité à être ré-interrogé-e-s, selon leur appartenance à l'un des huit profils construits sur la base de trois variables retenues comme particulièrement significatives (le sexe ; la tranche d'âge – 65-71 ans - plus de 72 ans ; le fait de vivre seul-e ou non).

Au moins trois constats principaux ressortent des trente entretiens réalisés avec des 65+ entre les mois d'août et d'octobre 2020, soit dans la période intermédiaire entre le premier semi-confinement du printemps 2020 et la seconde vague du virus arrivée avec l'automne.

1) Dans un contexte singulier de pandémie mondiale et de crise socio-sanitaire, les entretiens ont confirmé que nombre de répondant-e-s ne se reconnaissent pas dans la catégorie des 65+, considérée comme un ensemble de personnes indistinctement « à risque » sur la base du seul critère de leur âge chronologique. La perception très générale des enquêté-e-s est que la borne de 65 ans est arbitraire et discriminante et qu'elle lie automatiquement vieillesse à vulnérabilités et fragilités. Autrement dit, les enquêté-e-s affirment la nécessité de distinguer l'âge chronologique (l'âge réel) de l'âge biologique (qui met en relation l'état du corps et le nombre d'années vécues) mais aussi de l'âge social (qui renvoie à la manière dont chaque société organise les étapes de l'existence et aux usages sociaux de l'âge comme outil de gouvernement des populations et comme dimension des rapports de pouvoir) (Rennes, 2019). Ces constats plaident notamment pour conjuguer la vieillesse au pluriel – le groupe des 65+ est aujourd'hui encore plus hétérogène qu'il ne l'a jamais été (par ex. Remund *et al.*, 2019; Oris *et al.*, 2020) – et délier l'association couramment faite entre âge et problèmes de santé/vulnérabilités/fragilités. Nombre de 65+ interrogé-e-s estiment ainsi être en mesure de se protéger elles-mêmes, sont actifs et actives (de leur implication directe dans des activités domestiques ou familiales à leur participation à la vie associative, culturelle et publique) et ont mal reçu les discours des médias et des autorités (au cours de la première vague de l'épidémie) qui les « infantilisaient » à leurs yeux.

2) Les entretiens ont en outre très clairement mis en évidence l'importance de la santé dans le bien-vieillir tout en permettant de distinguer différents rapports à la santé. Plus précisément, quatre représentations distinctes mais complémentaires de la santé en lien avec les représentations d'une « vie bonne » et du « bien-vieillir » ont été identifiées et illustrées. En effet, la santé n'apparaît pas tant recherchée pour elle-même (comme un « bien en soi ») mais est davantage présentée comme un moyen *de* et un moyen *pour* (y compris pour choisir les conditions de sa mort). La santé est ainsi présentée et vécue tantôt comme un obstacle, tantôt comme une condition à l'indépendance, aux relations sociales et à l'engagement dans certaines activités, y compris les activités de soutien auprès de l'entourage, qu'il s'agisse de la garde des petits-enfants ou du travail de soin (*care*) apporté à des personnes plus âgées, dépendantes ou malades, parentes ou non³. A ce propos, si les

³ A ce point, il convient de rappeler qu'en Suisse, c'est un enfant sur trois, et un enfant sur deux dans les familles « non issues de la migration », qui est régulièrement gardé par ses grands-parents. Malgré les différences régionales, ce travail non rémunéré des grands-parents était estimé à 8 milliards de francs en 2016 et est déterminant pour permettre la participation des femmes au marché du travail (Office fédéral de la

recommandations des autorités en matière de gestes barrières et de distanciation physique semblent avoir été très suivies par les personnes interviewées, l'injonction à protéger les 65+ en rompant les contacts physiques, notamment avec les enfants, a été vécue comme une « rupture » et une source de souffrance chez les 65+ dont la vie se structure autour du « cocon familial » ou qui sont fortement engagé-e-s dans la garde des petits-enfants. Les deux piliers essentiels du « vieillissement actif » que sont la participation sociale d'un côté et les relations intergénérationnelles de l'autre (Oris *et al.*, 2020) se sont ainsi vus si ce n'est interdits, du moins fortement empêchés, influant négativement sur le bien-être et le moral de nombreux 65+.

3) La crise sanitaire a confirmé l'importance des réseaux informels d'entraide, qu'il s'agisse d'une aide apportée par un-e parent-e ou par un-e voisin-e, notamment pour faire les courses. Toutefois, la crise a aussi mis en évidence des difficultés et des limites à demander de l'aide, y compris pour des raisons financières. Si les données qualitatives recueillies n'ont aucune prétention à l'exhaustivité et mériteraient d'être complétées, elles indiquent toutefois que la pandémie (notamment avec l'arrêt des activités récréatives et associatives) a aggravé des situations de fragilité et vulnérabilité pré-existantes à la crise sanitaire (en termes de conditions de vie, de logement, de présence d'un réseau de soutien, etc.). Par ailleurs, si d'un côté, continuer à être autonome dans la gestion des activités domestiques est valorisé, de l'autre, quasiment aucune personne interviewée ne nourrit d'attentes particulières (qui auraient du coup été déçues) en matière d'intervention de l'Etat au cours de la crise sanitaire. Les entretiens ont encore rappelé l'importance des conditions matérielles de vie et des possibilités financières. Ces dernières sont nécessaires pour pouvoir accéder à nombre de services d'aide et de soutien et leur coût limite de fait leur recours par les personnes qui en auraient besoin, les obligeant ainsi souvent à réaliser elles-mêmes les tâches jugées indispensables (au risque d'une péjoration de leur santé) ou à en appeler à l'aide d'un ou d'une membre de la famille, sans parler de la limitation induite des activités possibles auxquelles la personne aidée aurait accès. En ce sens, la crise socio-sanitaire liée au COVID-19 semble avoir eu un effet plus fort et délétère sur les personnes disposant de moins de ressources et de « capitaux », notamment sociaux et économiques, dans la mesure où cette crise est survenue dans un contexte déterminé par des inégalités préexistantes qu'elle est susceptible d'avoir aggravé ultérieurement⁴.

A la lumière des travaux de M. Nussbaum (2012), trois facultés ou capacités ressortent ainsi plus particulièrement des entretiens réalisés comme déterminants d'une vie bonne et partant, comme aiguillons d'une possible intervention publique : *la santé du corps, le contrôle de son environnement et l'affiliation*. L'influence cardinale de la *santé* s'exprime notamment dans la volonté réitérée par les enquêté-e-s de ne pas devenir dépendant-e et de pouvoir choisir sa fin ; le *contrôle de son environnement* quant à lui renvoie à l'importance accordée à la participation à la vie sociale, au fait de se sentir utile, à la découverte de nouvelles choses et de nouvelles personnes sans oublier les aspects matériels et financiers renvoyant aux conditions de vie et aux possibilités économiques ; *l'affiliation*, enfin, témoigne de l'importance des interactions sociales et d'être traité avec respect et

statistique, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.11927449.html>, 25 mai 2020).

⁴ Il s'agit là d'un constat éprouvé et assis sur une littérature : moins un individu ou un groupe possède de ressources, autrement dit plus un individu ou un groupe cumule d'inégalités, plus il est à risque face à une crise ou une catastrophe. Ce fut par exemple le cas suite au passage de l'ouragan Katrina aux Etats-Unis (Hartman et Squires, 2006) ou encore plus récemment pour expliquer la surmortalité due au COVID-19 dans le département populaire de la Seine-Saint-Denis en France (Brun et Simon, 2020). Une étude coordonnée par les Hôpitaux universitaires de Genève révèle encore que les foyers d'infection au COVID-19 touchent davantage les quartiers socio-économiquement défavorisés de Genève, confirmant ainsi l'influence décisive des facteurs environnementaux dans la diffusion des cas d'infection au virus (De Ridder *et al.*, 2021).

ne pas se sentir discriminé. Ces considérations incitent à imaginer des dispositifs ou une politique non pas (uniquement) basés sur l'âge mais avant tout sur les situations de vie concrètes des personnes concernées afin de répondre de manière adaptée à des besoins particuliers mais aussi à des préférences en termes d'activités. Besoins et préférences des 65+ (actuels mais aussi futurs) sont ainsi à comprendre au travers d'un prisme de dimensions plus large que la prise en considération du seul âge chronologique, notamment en prenant en compte l'environnement des personnes, apparu au cours des entretiens comme un facteur facilitant, ou, au contraire limitant la « participation sociale » (entendue au sens large) des 65+.

Un des résultats de l'enquête qualitative est ainsi d'avoir mis en lumière une dimension relativement mésestimée dans la conception de la « participation sociale » véhiculée par les instances internationales, et notamment par l'OMS qui l'assimile au fait d'« être actif et (de) participer à des activités civiques, ainsi qu'à des activités de loisirs et de divertissement » (OMS, 2016). Pour les enquêté-e-s, le maintien des relations sociales dans l'entourage proche (famille, ami-e-s, voisinage) est un élément important du bien vieillir qui implique certes une dimension active, mais avant tout dans le sens d'entretien et d'activation des liens sociaux par des contacts réguliers, que ce soit ou non par le biais d'activités au sens précité. En ce sens, les liens sociaux ne sont pas uniquement favorisés par la participation à des activités sociales. Ils se trouvent également encouragés, ou au contraire empêchés, par la configuration du lieu de vie (immeuble, quartier, village, commune) et sa situation géographique ou topographique (ville, campagne, montagne) plus ou moins propices aux rencontres, sans oublier l'attachement à ce lieu de vie, généralement constitutif du sentiment d'appartenance communautaire et/ou territorial des interviewé-e-s. Le territoire dans lequel on vit est ainsi apparu comme important et porteur de sens pour plusieurs enquêté-e-s qui désirent y vivre et y rester.

Ces éléments invitent à envisager l'action sur les lieux de vie (notamment dans une perspective urbanistique et d'aménagement du territoire) comme un champ d'action important (et qui semble d'accès relativement aisé du point de vue de l'Etat) afin de favoriser concrètement le « bien vieillir » et la « participation sociale » des 65+. A titre d'illustration, selon que l'on habite en ville ou en vallée, la question de l'accessibilité à l'environnement naturel ne se pose pas de la même manière mais recouvre dans les deux cas une grande importance en matière de bien-être (comme l'a révélé, souvent en négatif, le vécu des 65+ durant le semi-confinement). Il en va de même de la question des transports et de la mobilité autovéhiculée, décisive pour l'accès aux services dans les zones faiblement urbanisées. L'usage du véhicule personnel, qui a été (et est toujours) préféré aux transports en commun lorsque cela était (est) possible, risque par ailleurs de perdurer dans l'avenir (révélant au passage l'un des retours en arrière possibles provoqués par la crise sanitaire). Les interactions entre le territoire et le vécu des 65+, soit les rapports entre le social et le spatial, jouent un rôle non négligeable dans les processus d'inclusion (ou inversement de marginalisation voire d'exclusion) sociale et territoriale. Avoir cela en tête permet d'identifier des moyens d'action pour lutter et contrecarrer l'isolement et le sentiment de solitude chez les personnes âgées autrement que par le biais du développement d'activités censées favoriser les rencontres sociales.

Afin de contribuer au développement d'une politique et de services plus adaptés aux caractéristiques de la population des 65 ans et plus, nous proposons ci-après quelques propositions générales de recommandations qui dépassent cependant le périmètre du mandat et ne s'appuient que très partiellement sur les données recueillies.

- Favoriser l'utilisation des services et dispositifs existants de la part des personnes concernées suppose entre autres de soigner la communication mais aussi les supports utilisés (audio, pictogrammes...). Des démarches proactives de la part des autorités ou des associations (par exemple de manière téléphonique) pour sonder les personnes et leurs besoins et leur proposer les services les plus adaptés contribueraient à mieux personnaliser ces derniers mais aussi à améliorer la légitimité perçue d'y avoir recours sans que cela soit vécu comme culpabilisant ou stigmatisant et pourrait limiter les taux de non-recours. Dans ce même ordre d'idées, améliorer (ou à défaut prévoir) l'automatisation de certaines formes de soutien ou d'aide éviterait aussi des situations de non-sollicitation et de « chronicisation » de difficultés. La question des coûts (et du financement des services d'aide et de soutien) est également à mettre en relation avec les possibilités financières des personnes destinataires.

- Un monitoring, réalisé de manière coordonnée entre les services d'aide et de soutien potentiel aux personnes âgées, des situations individuelles de fragilité (isolement, difficultés économiques, etc.) serait encore utile pour prévenir les formes de « chronicisation » des difficultés. Dans cette optique, il pourrait être utile de chercher à connecter entre elles les personnes souffrant de solitude et d'un manque de soutien afin de favoriser la création de groupes d'aide mutuel (*self help*), en intervenant directement dans des lieux qu'elles fréquentent, par exemple des guichets de poste ou des centres commerciaux. Le développement de services itinérants permet en ce sens de toucher, de manière proactive, celles et ceux les moins mobiles ou enclins à s'adresser à des services d'aide ou de soutien. De même, les objectifs d'inclusion sociale et territoriale et de maintien de l'indépendance de la personne âgée pourraient bénéficier du développement de solutions innovantes en matière de transport, adaptées aux besoins et contraintes de mobilité selon les situations de vie (par exemple via des services de co-voiturage permettant la mobilité des personnes âgées tout en garantissant leur sécurité et en déchargeant les proches-aidant-e-s). La coordination entre l'ensemble des composantes du système sociosanitaire, notamment entre les EMS et les hôpitaux, pourrait encore être améliorée (Oris *et al.*, 2020).

- La gestion de la pandémie et les normes de distanciation physique qui l'accompagnent ont permis à (ou contraint) de nombreuses personnes, y compris celles de plus de 65 ans, d'expérimenter ou d'utiliser plus intensément les outils numériques et les possibilités liées à internet, notamment pour maintenir leurs relations sociales (ou en créer de nouvelles). Toutes et tous, indépendamment de l'âge, ne disposent cependant pas du matériel, des conditions de logement et des compétences nécessaires pour pouvoir utiliser et bénéficier à plein de ces potentialités (des appels vidéos à la réalisation d'opérations bancaires en ligne, en passant par la télé-médecine ou l'accès à des prestations sociales). Afin de permettre au plus grand nombre de pouvoir tirer profit de ces possibilités de manière informée, il conviendrait de favoriser encore plus l'inclusion numérique de toutes et tous et l'accès aux offres existantes en la matière pour les 65+.

- Pendant la pandémie, des services d'aide à domicile et de soutien aux personnes âgées ont dû être interrompus temporairement. Cette interruption a notamment eu pour conséquence de reporter la charge de ces tâches sur les proches-aidant-e-s (lorsqu'ils et elles étaient présent-e-s auprès des personnes âgées concernées), au risque d'une péjoration de leur santé physique et psychique. Pour les personnes seules (et parmi elles, celles souffrant déjà d'isolement avant la pandémie), les conséquences ont été encore plus importantes et délétères. Ce constat ressort également de l'analyse des données recueillies par questionnaire (voir à ce propos le rapport sur le volet quantitatif du mandat). La continuité des services de soutien, de soins et d'aide à domicile apparaît ainsi avec le recul très importante, tout comme le maintien plus en général des activités récréatives et associatives auxquelles participaient les personnes de plus de 65 ans avant la pandémie. Il

conviendrait d’imaginer une pérennité de ces activités et de ces services tout en appliquant les mesures de protection nécessaires (port du masque, traçage, distanciation physique, réduction du nombre de participant-e-s, etc.). Plus généralement, les mesures de distanciation physique (les « gestes barrière »), pour autant nécessaires, doivent être pensées en même temps que des moyens de les contrebalancer et être accompagnées par des mesures/dispositifs de soin/soutien, y compris en facilitant l’accès aux outils et technologies numériques.

- Parmi l’ensemble des personnes accompagnant d’une manière ou d’une autre les personnes de 65 ans et plus, les proches-aidant-e-s jouent un rôle cardinal. Leur rôle pourrait être élargi et encore mieux reconnu et valorisé, y compris en considérant le voisinage ou le réseau amical, voire associatif, comme jouant effectivement un rôle de « proche-aidant ».

- Afin de lutter contre certains discours véhiculant une image stigmatisante des personnes de 65 ans et plus associant notamment vieillesse à problèmes de santé et coûts pour la collectivité, et donc de renforcer la cohésion sociale et générationnelle, il convient de mieux valoriser les activités des 65+ et leur contribution, y compris économique, au fonctionnement de la société. Qu’il s’agisse de leurs engagements citoyens et associatifs ou encore de la garde des petits-enfants, les 65+ démontrent chaque jour la nécessité de dépasser les catégories « à risque », « nécessitant de l’aide » ou encore « personnes vulnérables » avant tout construites en référence à l’âge chronologique, obligeant par conséquent à repenser la « borne » des 65 ans comme entrée dans la catégorie des personnes vulnérables ou nécessitant de l’aide.

- Afin de valoriser et d’imaginer des modalités de pérennisation des initiatives lancées pendant la période de pandémie et visant à en contraster certains de ses effets, y compris bien sûr celles impliquant directement des personnes de 65 ans et plus, il s’agirait de créer une « plateforme » permettant de les (faire) connaître et de mutualiser les « bonnes pratiques » mises en place. De manière plus générale, cela contribuerait à associer les personnes âgées à la construction des réponses à apporter aux difficultés qu’elles rencontrent et à l’élaboration des politiques les concernant directement.

- Même si la population des répondant-e-s à notre enquête apparaît plutôt globalement en bonne santé, certain-e-s ont déclaré avoir contracté le COVID-19. La question des effets de ce virus sur le moyen-long terme, y compris sur celles et ceux qui ont en guéri, est aujourd’hui associée à beaucoup d’incertitudes d’un point de vue médical et à des risques de dépendance (notamment suite à des périodes d’hospitalisation et d’immobilisation forcées). Afin de prévenir ces effets, il conviendrait notamment de monitorer les parcours des personnes âgées anciennement atteintes par le COVID-19. Tel est par exemple l’objectif de l’étude « Covid old », coordonnée par le Centre hospitalier universitaire de Grenoble, sur les effets de plus long terme de la maladie sur les personnes âgées de 70 ans et plus.

5 Références

- Brun, S., & Simon, P. (2020). L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis. *De facto, Dossier : Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus*, pp. 68-78.
- De Ridder, D., Sandoval, J., Vuilleumier, N., Azman, A.S., Stringhini, S., Kaiser, L., Joost, S., & Guessous, I. (2021). Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters. *Front. Public Health*. En ligne: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.626090/full>
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir »: concepts et modèles. *Médecine/sciences*, 22(3), pp. 297-300.
- Haeusermann, T. (2016). Caring Communities. *Postgraduate Journal of Medical Humanities*, (2), pp. 61-83.
- Hartman, C., & Squires, G. D. (2006). *There Is No Such Thing as a Natural Disaster: Race, Class, and Hurricane Katrina*. New York: Routledge
- Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(12), pp. 1071-1075.
- Klie, T. (2016). On the way to a Caring Community? The German debate. In K. Wegleitner, K. Heimerl, & A. Kellehear (Eds.), *Compassionate Communities. Case studies from Britain and Europe*. (pp. 198-209). New York: Routledge.
- Nussbaum, M. (2012). *Capabilités: Comment créer les conditions d'un monde plus juste?* Paris: Flammarion-Climats.
- Office fédéral de la statistique. (2020). En Suisse, 64% des enfants de moins de 13 ans sont confiés à une garde extrafamiliale. Communiqué de presse du 25 mai. En ligne: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.11927449.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé (No. WHO/NMH/NPH/02.8).
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- Oris, M., Raliro Farinas, D., Pujol Rodríguez R. & Abellán García A. (2020). La crise comme révélateur de la position sociale des personnes âgées. In: Gamba, F., Nardone, M., Ricciardi, T., Cattacin, S. *COVID-19: le regard des sciences sociales*. Genève et Zurich : Seismo, 2020. pp. 179-191.
- Smetcoren, A., De Donder, L., Duppen, D., De Witte, N., Vanmechelen, O., & Verté, D. (2018). Towards an 'active caring community' in Brussels. In: T. Buffel, S. Handler, & C. Phillipson (Eds.), *Age-friendly cities and communities: A global perspective*. (pp. 97-118). Bristol: Policy Press at the University of Bristol.
- Remund, A., Cullati, S., Sieber, S., Burton-Jeangros, C., Oris, M. & Swiss National Cohort (2019). Longer and healthier lives for all? Successes and failures of a universal consumer-driven health care system. *International Journal of Public Health*, 64(8), pp. 1173-1181.

Rennes, J. (2019). Âge biologique versus âge social : une distinction problématique. *Genèses*, 4(4), pp. 109-128.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), pp. 143-149.